

Hoofdstuk X: AIDS: ethische aspecten

door prof.dr. J.P.M. Lelkens

Hoofdstuk X uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

Inleiding

Ethiek houdt zich bezig met problemen van het menselijk handelen met betrekking tot het bereiken van een bepaald goed, met in acht nemen van morele normen en de rangorde van waarden. Toegepast op de medische ethiek betekent dit dat de gezondheid van de patiënt het te bereiken goed of doel van het handelen van de arts moet vormen.

AIDS is een tot nu toe ongeneeslijke infectieziekte die mensen – dikwijls op jonge leeftijd – na een vaak afschuwelijk afbraakproces, ten grave voert. Als zodanig is AIDS in eerste instantie een medisch-somatisch en medisch-psychologisch probleem voor het individu zelf en de behandelende of verzorgende sector.

AIDS is echter meer: het is een ziekte, die voornamelijk seksueel wordt overgedragen en die het karakter van een pandemie heeft aangenomen. Geen andere ziekte heeft daardoor zo'n grote maatschappelijke gevolgen voor de patiënt zelf, zijn familie en de menselijke samenleving als geheel, als AIDS. Het is een ziekte, die, behalve dat zij onze wetten m.b.t. rechten van patiënten en het recht op privacy tot het uiterste op de proef stelt, ook een test vormt voor onze ethische beginselen, onze tolerantie en ons medeleven met slachtoffers, die wij ontmoeten. Er is geen ziekte bekend, die, zoals AIDS, het hele panorama van de medische ethiek omvat. De consequentie hiervan is, dat niet alleen het handelen van medici ethisch belicht moet worden, doch ook dat van de patiënt zelf, van zijn of haar gezinsleden en van de maatschappij in totaliteit, de overheid niet uitgezonderd.

1. De verplichtingen van de arts

1.1. De plicht tot behandeling

Een arts heeft in de eerste plaats de plicht zieken, zonder onderscheid des persoons, te behandelen. Deze verplichting ligt in de aard van het beroep besloten. De arts neemt deze verplichting ten opzichte van de gemeenschap op zich op het moment dat hij, na zijn afstuderen, de eed of belofte aflegt zieken te zullen bijstaan. Alle zieken hebben het recht van de door hem verworven kennis te kunnen profiteren, ongeacht of dit voor de gezondheid van de arts een bedreiging vormt of niet.

Met de uit vrije wil afgelegde eed of belofte geeft de arts te kennen, dat hij zijn kundigheid in de eerste plaats ter verzorging van zijn patiënt en niet ten eigen bate zal aanwenden. Deze belofte is impliciet altijd aanwezig als een arts een zieke zijn hulp aanbiedt en door de patiënt als zijn persoonlijke arts wordt aanvaard. Beide partijen sluiten op deze wijze a.h.w. een overeenkomst.

Bezien in het licht van het voorgaande, mag de arts, ethisch gezien, niet weigeren een patiënt te behandelen op grond van het feit dat hij voor besmetting vreest. De zorg voor zijn eigen persoon is weliswaar een gerechtvaardigde morele wens, doch deze moet in overeenstemming zijn met de morele eisen, die anderen mogen stellen.

Het wezen van het artseneroep verlangt dat deze zorg voor de eigen persoon uitgeschakeld wordt en dat geen discriminatie van patiënten plaatsvindt wegens besmettingsgevaar. Bovendien moet men bedenken dat het werkelijke risico van een besmetting weliswaar niet nul is, doch verhoudingsgewijs zeer klein. Door chirurgen wordt wel aangevoerd dat zij aan een groter risico zijn blootgesteld dan andere artsen en dat zij daarom een

uitzonderingspositie innemen en bijzondere maatregelen mogen eisen. Doch dit risico hoort nu eenmaal tot het chirurgenberoep en het is derhalve onjuist, op grond hiervan, een ingreep te weigeren.

Op de nogal stringente verplichting patiënten te behandelen, zijn twee uitzonderingen:

1. als daardoor de veiligheid van de patiënt op het spel komt te staan. Bijvoorbeeld: een plichtsgetrouwe chirurg is dermate bevreesd voor infectie, dat zijn technisch kunnen daardoor nadelig wordt beïnvloed. Het is dan beter dat hij zich terugtrekt, dan de veiligheid van de patiënt in gevaar te brengen. Nog zwaarderwegender geldt dit wanneer een chirurg een dermate grote afkeer van homoseksuelen of druggebruikers heeft, dat hij met de beste wil niet in staat is in het belang van de patiënt te handelen, ja zelfs onbewust wenst hem schade toe te brengen. Hoe verwerpelijk een zodanig gedrag ook mag zijn, het zou het welzijn van de patiënt in ernstige mate in gevaar kunnen brengen indien deze chirurg, middels wettelijke maatregelen, toch tot een operatie zou worden gedwongen.

2. als het risico de verantwoordelijkheid van de arts te boven gaat. Bijvoorbeeld: een zwangere vrouwelijke arts is bevreesd dat zij door de behandeling besmet zal worden en daardoor ook haar ongeboren kind aan de infectie bloot zal stellen. Het is terecht dat zij in dit geval weigert de AIDS-patiënt te behandelen, omdat het ongeboren kind – dat in een keuze van de moeder: het risico op de koop toe te nemen, geen partij is – onrecht zou worden aangedaan. Een volgende legitieme uitzondering zou een arts kunnen zijn, die een open wond heeft of aan een huidziekte lijdt, waardoor hij aan een groter risico bloot staat dan anders het geval zou zijn geweest.

Van de andere kant is het ontoelaatbaar dat een arts de behandeling van een seropositieve patiënt weigert, op grond van het feit, dat anderen deze wel zouden kunnen uitvoeren. Het is echter onjuist de eigen morele verplichtingen op anderen af te wentelen. Als de meerderheid der artsen dit standpunt zou innemen, zouden slechts weinige voor de verzorging van deze patiënten overblijven.

De plicht tot behandelen behoort wezenlijk tot het contract dat de arts met de maatschappij sluit. Zij is bindend voor iedere arts, in welk vakgebied dan ook en kan niet eenzijdig worden afgeschaft.

Vormt de verstrekking van condooms een onderdeel van de behandeling of preventie van AIDS? In vele landen dringen artsen en overheidsinstanties aan op het gebruik van condooms als preventie tegen het oplopen van AIDS. Er zijn echter een aantal argumenten aan te voeren tegen deze praktijk.

Practisch gezien verschaft het gebruik van condooms slechts de illusie van 'veilige sex'. De onzekerheidsfactor (mate van lekkage) is zeer groot. Daarbij komt dat de controle op de doorlaatbaarheid van land tot land sterk verschilt. Tenslotte mag de arts niet de indruk wekken dat hij homoseksuele handelingen, heteroseksuele promiscuïteit of drugsgebruik goedkeurt. Hij moet integendeel te verstaan geven, dat de enig zekere preventieve maatregel bestaat uit het zich onthouden van dergelijke praktijken.

Uitgaande van de natuur der echtelijke liefde, de eenwording in de huwelijksdaad, die gericht is op voortplanting en het sacrament van het huwelijk, zijn ook op filosofische en theologische gronden bezwaren aan te voeren tegen het gebruik van condooms. Deze gronden zijn voor de katholieke arts maatgevend. Hij is verplicht, behalve het falen van het condoom en de illusie van 'veilige sex', ook zijn morele bedenkingen duidelijk, eerlijk en toch liefdevol te verkondigen.

1.2. De zwijgplicht

Sinds Hippocrates is de arts verplicht te zwijgen over alles, wat hij in de uitoefening van zijn beroep te weten komt. Het is de grondslag voor het vertrouwen dat de zieke, als gevolg van zijn toestand, in de arts moet kunnen stellen.

Omdat de AIDS-infectie een bedreiging vormt voor de intermenselijke relaties van de geïnfecteerde, voor zijn betrekking, voor zijn financiële toestand en voor zijn aanzien in de gemeenschap, moet men juist in deze gevallen hieraan bijzondere zorg besteden. Maar niet alle ethici staan op het standpunt dat de zwijgplicht absoluut is. Zo zegt de UK General Medical Council in zijn aanbevelingen:

‘There are grounds for disclosing that a patiënt is HIV positive to a third party, without the consent of the patiënt, only where there is a serious and identifiable risk to a specific individual who, if not so informed, would be exposed to infection’.

In deze optiek kan de patiënt niet verlangen dat zijn besmetting voor bijvoorbeeld zijn huwelijkspartner of levensgezel verzwegen wordt. Het zou een eis van gerechtigheid zijn dat de zieke en, ingeval van weigering door de patiënt, de arts degenen informeert voor wie een reëel risico op besmetting bestaat. M.a.w. het morele recht van de patiënt op zwijgzaamheid van de zijde van de arts kent een grens, wanneer tengevolge daarvan ernstige en concrete schade voor andere mensen zou ontstaan. Men verdedigt deze opvatting door erop te wijzen dat de arts deze verantwoordelijkheid ook heeft bij andere ziekten. Zo is hij bijv. ook verplicht psychosen, hartritmestoornissen of drugsverslaving van verkeersvliegers, waardoor het leven van andere mensen gevaar zou kunnen lopen, te melden. Wanneer echter geen concreet gevaar voor anderen bestaat – hetgeen gewoonlijk het geval is – heeft niemand het recht van de ziekte te weten. Dat geldt eveneens voor de werkgever.

1.3. Bloedonderzoek

Onderzoek naar seropositiviteit hetzij van individuen, hetzij van hele volksgroepen is een ethisch vraagstuk dat op het ogenblik heftig wordt bediscussieerd en met name of dit onderzoek ook op onvrijwillige basis mag geschieden. Argumenten, die in dit verband wel gehanteerd worden, zijn de volgende.

De ontdekking dat een vroegtijdige behandeling (met AZT) het voortschrijden der ziekte (mogelijk) verlangzaamt, het leven kan verlengen en waarschijnlijk kostenbesparend werkt, heeft het vraagstuk m.b.t. routinematig testen nog moeilijker gemaakt. Testen zonder toestemming van de patiënt wordt vaak gerechtvaardigd met het argument dat op deze wijze in een vroeg stadium met behandeling kan worden begonnen.

Een ander argument is het gevaar dat AIDS-patiënten vormen voor artsen, personeel en overige patiënten in ziekenhuizen. Testen bij opname zou dit risico verminderen. Ook wordt wel aangevoerd dat opsporing van bronnen van infectie een der fundamenteën vormt van epidemiebestrijding en AIDS een ongeneeslijke infectieziekte is met een nog steeds exponentiële groei, die het recht op leven van de Nederlandse bevolking dreigt aan te tasten.

Ook het recht van de patiënt de uitslag van de test niet te willen weten, wordt betwijfeld. Dit zou tot schuldige onwetendheid kunnen leiden en zou de arts, die een patiënt niet vertelt dat hij of zij seropositief is, is in zekere zin medeplichtig maken aan de besmetting – en zoals we nu weten – aan de dood van de seksuele partner(s) van zijn patiënt. Daarenboven lijkt het moeilijk een beroep te doen op iemands verantwoordelijkheid, als hij niet weet of hij besmet is.

Om al deze redenen zou het mogelijke, relatief kleine belang van het individu in dit geval moeten wijken voor het grote algemeen belang, een belang, dat door een aantal wetenschappers wel geschetst wordt als het voortbestaan van de mens als soort.

Ongevraagd testen, mag dat?

Velen, o.m. Roscam Abbing, zijn van mening dat dit “een ontoelaatbare ingreep is in de individuele vrijheid, onevenredig zwaar, gelet op het te verwachten effect en strijdig met art. 11 van de Grondwet. Uit dit artikel, dat

handelt over het recht op onaantastbaarheid van het lichaam, vloeit o.a. ook voort dat een patiënt het recht heeft behandeling te weigeren”.

Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor het ongevraagd mededelen van de uitslag van de test aan de betrokkene: het zogenaamde recht om niet te weten, een recht dat de patiënt inderdaad bezit. Maar dit recht is, evenmin als de zwijgplicht, niet absoluut.

Als seropositiviteit is vastgesteld, moet de arts de patiënt erop te wijzen dat hij/zij (de patiënt) verplicht is zijn/haar huwelijkspartner op de hoogte te stellen van zijn/haar toestand. Wanneer de patiënt zich hiertoe niet in staat voelt of weigert, moet de arts de gezonde huwelijkspartner inlichten (Mgr. Carlo Caffarra).

Is de arts die zwijgt, medeplichtig aan het feit dat zijn patiënt anderen kan infecteren?

Het antwoord is: neen. Hij moet wel, zoals gezegd, als de patiënt dit niet doet, de huwelijkspartner van zijn patiënt inlichten, maar mag ervan uitgaan dat anderen geen AIDS zullen oplopen als zij geen seksuele relaties met zijn patiënt aangaan.

Bij bloed- en orgaandonatie is een arts verplicht de donor te screenen, ook op AIDS, teneinde de gezondheid van de ontvanger niet in gevaar te brengen. Ofschoon een seropositieve patiënt wel gevaar kan opleveren voor andere ziekenhuispatiënten en de verzorgende sector, omdat het virus in alle lichaamsvloeistoffen aanwezig is en verschillende opportunistische infecties (bijv. TB) fataal kunnen zijn voor o.a. verzwakte patiënten, is men in meerderheid van mening, dat de angst voor een dergelijke patiënt niet als rechtvaardiging voor onvrijwillig testen mag gelden.

Wel bestaat er consensus m.b.t. het concrete gevaar voor artsen en verpleegkundigen, die in direct contact komen met bloed of andere lichaamsvloeistoffen van seropositieve patiënten of betrokken zijn bij reanimatiepogingen bij dergelijke patiënten. Het Center for Disease Control (CDC) in Atlanta (USA) telde tot 1989 22 gevallen van artsen en verpleegkundigen, die bij de uitoefening van hun beroep geïnfecteerd raakten.

Dit getal is niet zo hoog dat het onvrijwillige tests of het weigeren van behandeling van patiënten, die zich niet op HIV willen laten onderzoeken, zou rechtvaardigen. Zou dit aantal echter snel toenemen dan is onvrijwillig testen niet meer uit te sluiten. Er zijn omstandigheden waarin de autonomie van de patiënt ondergeschikt wordt aan de rechten van het verpleegkundig personeel. Zo heeft bijv. een verpleegkundige, die met bloed van een patiënt werd besmeurd, het recht te eisen dat de betreffende patiënt een AIDS-test ondergaat.

Omdat zonder toestemming een patiënt niet getest mag worden, worden tegenwoordig bij alle behandelingen maatregelen getroffen om infectie te voorkomen. Daarbij wordt a.h.w. verondersteld dat iedere patiënt mogelijk seropositief is. Ingeval van het bekend zijn van de serologische status, zal men extra aandacht aan de veiligheidsmaatregelen schenken.

De arts is wel verplicht de patiënt te informeren over de waarde van de test en de therapeutische mogelijkheden. Hij moet tevens bij de patiënt erop aandringen zich te laten testen en zich te laten behandelen.

Ingeval de patiënt van een positieve uitslag op de hoogte is gebracht, moet de arts hem zonedig helpen met deze bevinding in het reine te komen.

1.4. Experimenten met medicamenten

Het feit dat een HIV-infectie in alle gevallen met de dood eindigt en dat de getroffen vaak een lange lijdensweg hebben te gaan, is een krachtig ethisch argument te trachten zo snel mogelijk een werkzame behandeling te vinden en in te voeren. Omdat het inmiddels wel duidelijk is, dat op korte termijn geen werkzaam en - uitvoerig op zijn bijwerkingen getest - medicament of vaccin ter beschikking zal komen, wordt

de verleiding steeds groter toch maar middelen, die nog in de experimentele fase verkeren, toe te dienen, zij het met goedkeuring van overheidsinstanties. Deze verlichting van voorschriften m.b.t. het uitproberen van nieuwe middelen betekent een ernstig ethisch dilemma.

De verleiding tot onmiddellijk handelen uit medelijden, geraakt in conflict met de verplichting voor de arts, zijn behandeling op basis van wetenschappelijke kennis te grondvesten. Een minder rigoreuze controle op medicamenten dan normaal het geval is, lijkt bij de behandeling van AIDS-patiënten gerechtvaardigd te zijn, omdat de dood hier zeker zal volgen. Als de dood uitgesteld of verhinderd kan worden, mag het medicament als werkzaam gekenschetst worden. Maar bij seropositieve patiënten zonder klinische symptomen, is de beoordeling van de effectiviteit t.g.v. de onzekere ontwikkeling der ziekte, moeilijk.

Men moet de gevaren van oncontroleerbare experimenten zoals bijv. valse verwachtingen, blijvende onzekerheid m.b.t. de werkzaamheid en gevaarlijke bijwerkingen, steeds in het oog houden, wanneer men aan de hulpvraag van de patiënt gehoor wil geven. Daarbij komt nog dat veel farmaceutische industrieën erop aandringen hun medicamenten zo spoedig mogelijk voor te schrijven zonder dat deze op hun effectiviteit en bijwerkingen voldoende zijn getest.

Er bestaat derhalve geen formule om medelijden en solide wetenschap tegen elkaar af te wegen. Zou een vaccin ter beschikking komen, dat al op mensen beproefd kan worden, dan wordt het vraagstuk nog complexer.

1.5. Het instellen en het stoppen van de behandeling

Men vraagt zich wel eens af of de hoge mortaliteit, de aftakeling van de patiënt, het vaak uitermate pijnlijke ziekteverloop en de financiële lasten, die AIDS met zich brengt, moreel geldige criteria vormen als het gaat om vragen als wel of geen behandeling van seropositieve patiënten of het stoppen met een behandeling.

Er zijn echter geen morele rechtvaardigingen voor andere criteria dan die, welke ook geldig zijn voor het instellen of beëindigen van behandeling van andere ziekten. Diezelfde criteria: werkzaamheid, nut en last, moeten bij iedere behandeling gewogen worden. Seropositieve patiënten, die geen klinische verschijnselen vertonen, zijn m.b.t. therapeutische beslissingen op gelijke wijze te waarderen als seronegatieve patiënten. Degenen, die klinische symptomen in beginstadium vertonen, zijn gelijk te stellen met patiënten, die aan een chronische dodelijke ziekte leiden.

Patiënten met "full"-blown AIDS verkeren in dezelfde situatie als kankerpatiënten in het laatste stadium. Maatregelen als pijnbestrijding zijn in ieder stadium van de ziekte op zijn plaats. Bijzondere ingrepen als bijv. extirpatie van de galblaas en cosmetische ingrepen, zal men niet uitvoeren bij een zwaar zieke in het eindstadium. Kort gezegd, seropositieve patiënten behoren dezelfde behandeling te krijgen als andere patiënten met een overeenkomstige prognose.

Dat de financiële belasting t.g.v. AIDS voor de zieke zelf en voor de gemeenschap groot is, zal niemand bestrijden. Maar, beslissingen van financieel-economische aard zijn slechts dan rechtsgeldig, als zij door de patiënt zelf of door zijn wettelijk erkende plaatsvervanger genomen worden.

De arts mag niet op economische gronden behandeling uitstellen als ware hij de hoeder van de financiële middelen der gemeenschap. Hij is veeleer de belangenbehartiger van zijn patiënten. De verdeling van de middelen der gemeenschap is een politieke zaak en niet de voornaamste plicht van de arts.

Van haar kant mag de gemeenschap, de staat, voor de arts geen conflict scheppen tussen het welzijn van de patiënt en haar financiële middelen en de arts moet zich deze rol ook niet laten opdringen.

Hetzelfde kan gezegd worden over de 'kwaliteit van leven' als criterium. Het lijden van AIDS-patiënten, vooral in

het laatste stadium, roept begrijpelijkerwijze ons medelijden op. Doch slechts de patiënt zelf of zijn wettelijk erkende plaatsvervanger kan beslissen of de behandeling – cardiopulmonale reanimatie inclus – zal worden voortgezet of niet. De arts is nóch moreel gemachtigd nóch gekwalificeerd, een oordeel te vellen of te beslissen over de kwaliteit van leven van andere mensen. Wel mag hij een zinloos geworden medische behandeling stoppen, of weigeren hiermee te beginnen. Het is vanzelfsprekend, dat, ondanks het morele recht van de patiënt op autonomie, iedere vorm van hulp bij zelfmoord en euthanasie uitgesloten zijn.

Artsen mogen nooit doden, ook niet een AIDS-patiënt in zijn laatste levensdagen, waarin het lijden vreselijk kan zijn.

Samenvattend kan men zeggen dat therapeutische beslissingen nooit seropositieve patiënten mogen discrimineren. Zij hebben – moreel gezien – dezelfde rechten als alle andere zieken.

2. De plichten van de patiënt

Men vergeet maar al te vaak dat het in de ethiek om wederkerige plichten en verantwoordelijkheden gaat. Zoals het de plicht van de arts is de patiënt te behandelen, zo vloeien daaruit ook plichten van de patiënt ten opzichte van de arts en het verplegend personeel voort.

Seropositieve patiënten moeten eerlijk zijn m.b.t. tot hun sexueel gedrag, hun evt. drugsverslaving en hun serologische toestand als zij hiervan op de hoogte zijn. Deze inlichtingen zijn van wezenlijk belang voor diagnose en behandeling. Zonder deze kan de arts zijn plicht t.o.v. de patiënt niet vervullen. Dergelijke informatie kan ook de emotionele spanning wegnemen bij degenen, die voor de verzorging van de patiënt verantwoordelijk zijn.

Velen, die zich gewetensvol inzetten voor seropositieve patiënten, verklaren dat zij zich zekerder voelen en daardoor patiënten beter kunnen behandelen als zij van hun serologische toestand op de hoogte zijn. Over de oorzaken van de genoemde emotionele spanningen bij hulpverleners moet men niet te licht denken. Zij kunnen soms zo groot zijn dat artsen en verplegend personeel zich gedwongen zien, zich tijdelijk aan hun verantwoordelijkheid voor seropositieve patiënten te onttrekken.

Zoals gezegd hebben artsen en verpleegkundigen, die zich tijdens een behandeling bijv. met een naald hebben gestoken of met bloed werden bespat, het recht te eisen dat de betreffende patiënt getest wordt, of dat hen zijn serologische status, in zoverre deze reeds bekend is, wordt medegedeeld. Dit is de patiënt als tegenprestatie aan de arts verschuldigd. Ook moet hij, als de test positief uitvalt, zichzelf zo spoedig mogelijk onder behandeling kunnen stellen en eventueel zijn partner kunnen beschermen.

Er hebben zich tot heden nog slechts enkele gevallen voorgedaan, waarin een patiënt door een serologisch positieve arts werd geïnfecteerd. Met een toename moet echter wel rekening worden gehouden. In Engeland zijn kortgeleden een aantal patiënten besmet door een chirurg en een tandarts. Moreel gezien, zijn seropositieve artsen en tandartsen verplicht van chirurgische ingrepen af te zien, dan wel hun seropositiviteit aan de patiënt bekend te maken. Patiënten hebben het recht een chirurg of een tandarts naar zijn serologische status te vragen en een eerlijk antwoord te krijgen. In ons land hebben patiënten dit recht niet, althans de overheid vindt het niet nodig dat artsen en verzorgers hun seropositiviteit moeten melden, of met hun werk moeten stoppen.

Patiënten, die weten dat zij seropositief zijn, hebben niet alleen een verantwoordelijkheid t.o.v. hun

behandelende arts, maar ook t.a.v. hun eigen gezin en de samenleving in totaliteit. Zij hebben de zware morele plicht besmetting van anderen te vermijden, behandeling te accepteren en hun huwelijkspartner over hun ziekte in te lichten. Een zwangere vrouw van een seropositieve man is tegenover haar kind verplicht zich te laten testen en een mogelijke infectie van het kind in haar schoot te verhinderen.

AIDS werpt de nodige problemen op voor de echtelijke samenleving, wanneer één der partners besmet is of wanneer beiden seropositief zijn. Daarnaast bestaat gevaar voor overdracht van de ziekte op het ongeboren kind wanneer de moeder besmet is met het AIDS-virus.

In het geval dat één der echtelieden seropositief is, gaat het erom besmetting van de gezonde partner te vermijden. Velen zijn van mening dat de enige mogelijkheid besmetting te voorkomen, gelegen is in het gebruik van condooms. Daardoor zou 'veilige' sex gegarandeerd zijn. Niets is echter minder waar.

In de eerste plaats kent het gebruik van condooms ter vermindering van zwangerschap al een onzekerheidsfactor van 10 tot 15% en moesten deze daarom zo nodig vervangen worden door de 'pil'. Bovendien is het AIDS-virus 450 maal kleiner dan een spermatozoön, hetgeen het gevaar van besmetting nog verhoogt. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het risico van besmetting ondanks het gebruik van condooms tussen de 15 en 25% ligt.

Naast de genoemde onvermijdelijke lekkage middels microporiën of scheuren, is het aanbevelen van condoomgebruik geen goede zaak omdat condooms vaak onjuist worden aangebracht of, in de opwindingsfase, totaal worden vergeten.

De enige mogelijkheid een infectie-overdracht met zekerheid te verhinderen, is geslachtelijke onthouding, ook wanneer dit grote zelfbeheersing van beide partners vergt.

Ook uit ethisch oogpunt komt het gebruik van condooms niet in aanmerking als een therapeutisch middel, een middel dat noodzakelijk is ter genezing van een ziekte (*Humanae Vitae*, 15). Welnu, condooms kunnen AIDS niet voorkomen en zeker niet genezen, terwijl bovendien een alternatief aanwezig is in de vorm van algehele onthouding, hoe moeilijk vaak ook te volbrengen.

In het geval dat beide partners seropositief zijn, is het noodzakelijk een zwangerschap te voorkomen. Zoals reeds gezegd: het gebruik van condooms is van wetenschappelijk standpunt bezien onbetrouwbaar en ethisch niet geoorloofd. Hetzelfde geldt ten aanzien van andere voorbehoedsmiddelen hetzij van chemische of mechanische aard. Wel zijn geoorloofd de natuurlijke methoden ter voorkoming van zwangerschap, die gebruik maken van de biologische cycli van de vrouw.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat periodieke onthouding niet slechts als een alternatief ter voorkoming van zwangerschap mag worden beschouwd. Dit is weliswaar in deze situatie een objectief goed, maar behoort tevens in harmonie te zijn met de subjectieve bedoelingen van het echtpaar. Met andere woorden: periodieke onthouding is niet geoorloofd als deze slechts een biologisch-fysisch gebeuren inhoudt, zonder affectieve en geestelijke eenwording. Indien deze methoden dus uitsluitend en alleen worden gebruikt met de bedoeling een zwangerschap te voorkomen, zijn zij niet geoorloofd.

3. De plichten van de staat

Door ziekten ontstaan vaak problemen. Vooral problemen met betrekking tot het individu en zijn rechten. Problemen ook wanneer de belangen van de zieke strijdig zijn met die van de gemeenschap. Deze problemen

zijn niet nieuw: men kwam ze al tegen bij vroegere, thans uitgeroeide infectieziekten. Tengevolge echter van de karakteristieke eigenschappen van het AIDS-virus, de lange incubatietijd en de verschillende wijzen waarop de ziekte zich ontwikkelt, presenteren deze problemen zich thans op een totaal nieuwe wijze.

AIDS is een besmettelijke ziekte, die inmiddels is uitgegroeid tot een pandemie. AIDS vormt in de eerste plaats een medisch probleem. Voortvloeiend uit het sociale grondrecht van de burger op gezondheidszorg, heeft, naast de arts, ook de overheid een taak in de bestrijding van infectieziekten. Van belang is in dit opzicht de uit 1928 stammende en in 1976 gewijzigde Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte oorzaken.

Alle studenten in de medicijnen moeten sinds jaar en dag kennisnemen van het vak Sociale Geneeskunde, waartoe ook de epidemiologie behoort. De epidemiologie – ook wel genoemd de intelligence service van de gezondheidszorg – leert dat voor een doelgericht volksgezondheidsbeleid:

- A. de overheid moet beschikken over gegevens betreffende de toestand en het beloop der volksgezondheid, m.a.w.: zij dient vast te stellen in hoeverre de staat der volksgezondheid is aangetast;
- B. de overheid zich op de hoogte moet stellen van factoren en omstandigheden, die het komen en gaan van ziekten bepalen en beïnvloeden teneinde gerichte maatregelen te nemen en voorzieningen te treffen;
- C. de overheid ervoor moet zorgen dat maatregelen en voorzieningen zodanig ontworpen zijn, dat zij de beoogde uitwerking hebben.

Vasthoudend aan deze drie uitgangspunten zouden een aantal maatregelen – die ook wel bij andere infectieziekten worden getroffen – geformuleerd kunnen worden, waarvan moet worden nagegaan of ze zinvol en ethisch verantwoord zijn.

ad A: Verkrijging van gegevens met betrekking tot de AIDS-epidemie

1. Verplichte, nominatieve aangifte door artsen van seropositiviteit en AIDS-gevallen, alsmede opgave van bekende contacten.

Zoals steeds in de epidemiologie, geldt dat elk onderzoek staat of valt met de hoeveelheid en de kwaliteit van de informatie, die men voor analyse ter beschikking heeft. Voor een deel van de infectieziekten is een wettelijke regeling getroffen in de eerder genoemde Wet op de Besmettelijke Ziekten, waarin de meldingsplicht voor artsen is vastgelegd.

Van de zogenaamde A-ziekten (o.m. pokken, pest, cholera etc.) moet iedere arts, reeds bij vermoeden op vaststelling, nominatieve aangifte doen. Bij de B-ziekten (o.m. typhus, roodvonk, hepatitis, tuberculosis etc.) hoeft de behandelend medicus pas na het vaststellen van de diagnose aan te geven, eveneens nominatief. Uit de Memorie van Toelichting bij de wijzigingswet van oktober 1974 blijkt duidelijk, dat de minister in beginsel alle infectieziekten voor toepassing van de wet kan aanwijzen en een informatieplicht aan de arts kan opleggen, dus ook m.b.t. AIDS, een ziekte, die nu in de C-groep valt, waarvoor geen meldingsplicht geldt. Het is derhalve voor de minister niet zo moeilijk bij Algemene Maatregel van Bestuur een en ander op aangepaste wijze te regelen.

Tot nu toe geschiedt de melding door artsen van AIDS-gevallen op basis van vrijwilligheid en anoniem. Voorstanders van een krachtigere aanpak betogen dat een zinvolle bestrijding van een epidemie behoort te beginnen met het zo goed mogelijk vaststellen van de omvang en het traceren van de verspreidingswegen. De overheid zou, gelet op de ernst van de situatie, het vrijwillig en anoniem melden van AIDS-gevallen moeten omzetten in een verplichte en nominatieve aangifte, middels het bekende formulier voor A- en B- ziekten.

Is dit een ethisch juist standpunt? Het antwoord luidt: gedeeltelijk wel en gedeeltelijk niet. Verplichte melding door artsen is een goede zaak omdat gebleken is dat melding op vrijwillige basis tot een onderreportage van 15 tot 20% leidt. Onder AIDS-geval moet dan wel worden verstaan niet alleen de zogenaamde “full”-blown AIDS,

doch ook het voorstadium ARC (AIDS Related Complex) en seropositiviteit. Nu het er steeds meer op lijkt dat seropositiviteit in 100% der gevallen tot AIDS leidt en derhalve tot de dood, kan niet meer worden volstaan met alleen de gevallen van 'full'-blown AIDS aan te geven. Dit is immers slechts het topje van de ijsberg en verschaft geen inzicht in de omvang van de epidemie.

Nominatieve aangifte zou in dit geval een schending betekenen van art. 10 van de Grondwet: het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. Deze schending is bovendien niet doelmatig, want welke maatregelen zou men moeten treffen m.b.t. de genoemde patiënten? Een doeltreffende behandeling bestaat immers niet.

Nominatieve melding zou zin hebben indien AIDS evenals bijv. tuberculose door luchtpartikels zou worden overgedragen. Dit is niet het geval. Door het ongekend grote mutatievermogen van het virus, is het echter niet uitgesloten dat dit in de toekomst wel het geval zou kunnen zijn. Dan is op grond van nominatieve aangifte opsporing van contacten en zelfs isolatie van patiënten mogelijk en ook noodzakelijk, want we hoeven niet met iedereen het bed in te duiken, maar we moeten wel kunnen blijven ademen.

Uit art. 5. van de Wet op de Besmettelijke Ziekten blijkt dat behalve aan de lijders, ook aandacht geschonken moet worden aan de verdachten (de zogenaamde contacten) en de dragers van de ziektekiem, in dit geval de seropositieven, die zelf geen symptomen van de ziekte vertonen, maar voor hun omgeving een groter gevaar zijn dan lijders, die door iedereen als bron van besmetting worden beschouwd. Opsporing van contacten en nominatieve opgave hiervan heeft om bovengenoemde redenen eveneens geen zin: een behandeling is niet voorhanden.

Evenals de artsen, mag de overheid ervan uitgaan dat AIDS-patiënten hun verantwoordelijkheid kennen en dat anderen geen seksuele relaties met hen hoeven aan te gaan. Voor het verkrijgen van inzicht in de verspreiding van AIDS zou nu moeten worden volstaan met anonieme melding van gevonden seropositieven.

2. Verplichte AIDS-test voor de totale bevolking of bepaalde groepen in de bevolking

Volgens voorstanders van de harde lijn verdient het de voorkeur de gehele nederlandse bevolking te testen i.p.v. zich te beperken tot de zogenaamde risicogroepen, met name homoseksuelen en drugsputers. Niet alleen om meer dan het topje van de AIDS-berg, die we nu zien, in kaart te brengen, maar ook om elke schijn van discriminatie te vermijden.

Voor de betreffende minister betekent dit een uitbreiding van de Wet Bevolkingsonderzoek op tuberculose (Wet van 13 juli 1951) dan wel de creatie van een nieuwe wet naar analogie van de eerstgenoemde. We zien momenteel al een uitbreiding van de categorieën waarbij het testen op AIDS is toegestaan (levensverzekeringen, keuringen) of waarschijnlijk zal worden toegestaan (pasgeborenen, krijgsmacht, gevangenen, zwangeren). En de aandrang wordt steeds groter, getuige de vraag van in ziekenhuizen werkende specialisten en verpleegkundigen alle patiënten te mogen testen op AIDS.

Ook hierbij dus een tweeledig belang in het geding: enerzijds de noodzaak meer te weten te komen over de verspreiding van de ziekte, anderzijds bescherming van de eigen gezondheid of die van anderen.

Maar testen zal niet een voor 100% betrouwbaar beeld opleveren, alleen al door het feit dat seropositiviteit vaak eerst maanden na de besmetting manifest wordt. Herhaling van de tests is natuurlijk mogelijk, maar dan nog: we hebben de patiënten geen behandeling te bieden.

Van de andere kant betekent afzien van een onderzoek van de totale bevolking wel, dat het onmogelijk is om op



de toekomst gerichte maatregelen te nemen als reservering van gelden en ruimte voor de opvang van het te verwachten grote aantal patiënten.

ad B. Onderzoek naar ziekmakende factoren

Grotendeels zijn deze factoren en omstandigheden thans wel bekend: contact sperma-bloed, bloed-bloed en moeder-kind tijdens de bevalling. Dit neemt niet weg dat de overheid waakzaam moet zijn t.a.v. mogelijke andere verspreidingswijzen van het virus, hetgeen niet denkbeeldig is gezien zijn enorme mutatiedrift.

ad C. De overheid heeft de morele verplichting ervoor te zorgen, dat maatregelen en voorzieningen zodanig ontworpen zijn dat zij de beoogde uitwerking hebben.

De beoogde uitwerking is in dit geval de AIDS-epidemie stoppen, in ieder geval te trachten deze in te dammen. Middelen hiertoe zijn o.m. ingrijpen m.b.t. omstandigheden en gedragingen, die de verspreiding van het virus bevorderen, de zogen. bronbestrijding.

Een aantal bronnen kennen we allemaal. We weten dat homoseksueel gedrag, promiscuïteit en intraveneus drugsgebruik de belangrijkste oorzaken zijn van de verspreiding van AIDS. Toch:

- homoseksueel gedrag wordt niet afgekeurd, ook niet in de groots opgezette voorlichtingscampagnes;
- homobars, waarvan bekend is dat ze gelegenheid bieden tot riskante seksuele handelingen, ja zelfs anonieme sex, worden niet gesloten;
- het verbod op prostitutie wordt niet opnieuw ingevoerd en het bordeelverbod niet consequent gehandhaafd, terwijl men weet dat promiscuïteit de voornaamste oorzaak is van de stijging van het aantal AIDS-gevallen onder homoseksuelen, niet in het minst door de overal gesignaleerde toename van de bekende geslachtsziekten;
- van een harde en consequente aanpak van het drugsprobleem is geen sprake, hoewel de stijging van het aantal AIDS-infecties in deze categorie alarmerend is;
- pornografie is toegestaan en ondanks het feit dat hierdoor vaak uiterst riskante seksuele omgangsvormen worden aangeprezen, wordt het wetsartikel m.b.t. schennis van de openbare eerbaarheid niet in ere hersteld.

Handelt het zich in de genoemde gevallen om maatregelen, die de overheid ten onrechte niet neemt, hetgeen zij wel doet is vaak misleidend, ja, bevordert zelfs de uitbreiding van de epidemie.

Uitvoerig werd al gesproken over de gegeven voorlichting en met name het aanprijzen van condoomgebruik, door een vrouwelijke, Amerikaanse hoogleraar in de sexologie aangeduid als: flirting with death. Homoseksueel gedrag en promiscuïteit, moeten kunnen in het kader van zelfontplooiing en zelfbeschikking. Zo wordt voor de eerste keer in de geschiedenis een epidemie bestreden met een ideologie i.p.v. op basis van medische en ethische principes.

Hoe is dit alles mogelijk geworden?

Kardinaal O'Connor geeft, in een uiteenzetting over het geweten, de volgende verklaring. Drie filosofische richtingen hebben, vooral in de westelijke wereld, hun stempel gedrukt op deze eeuw:

- het utilitarisme: moreel goed is wat voor een zo groot mogelijk aantal mensen zorgt voor een zo hoog mogelijke graad van geluk;
- het pragmatisme: wat functioneert, is moreel goed;
- de sociale ontwikkelingsleer: zedelijkheid is het resultaat van ontwikkeling, van evolutie, te vergelijken met de 'survival of the fittest' in de natuur.
- In de sociale ontwikkelingsleer wordt datgene als moreel goed beschouwd wat overleeft, omdat het zich beter heeft aangepast aan de eisen des tijds en aan de omstandigheden.



Deze drie richtingen leiden tot een moreel relativisme, dat in wezen het tegenovergestelde is van een absolute moraal en hebben ongetwijfeld bijgedragen aan het ontstaan van een wettelijk positivisme: wat goed of slecht is, wordt bepaald door wetten, die de staat uitvaardigt. Het wettelijk positivisme is daarmee voor velen een alternatief voor de natuurwet geworden.

De gebleken onwil van de politiek de bestrijding van de epidemie krachtdadig ter hand te nemen en het ontbreken van eenheid onder de artsen, die in meerderheid zich laten leiden door maatschappelijke ontwikkelingen, zijn aanleiding voor een sombere stemming m.b.t. een goede afloop. Temeer omdat men zelden of nooit regeringsleiders of politici hoort spreken over het feit, dat sexualiteit altijd te maken heeft met normen en waarden. Ook onze kamerleden laten het in meerderheid in dit opzicht afweten, terwijl het toch steeds duidelijker wordt dat alleen een gedragsverandering in christelijke zin nog enig uitzicht biedt op inperking van de AIDS-pandemie. Nog steeds is het tot een groot deel van de mensheid niet doorgedrongen dat men het woord 'AIDS' ook kan lezen als de afkorting van: Acquired Integrity Deficiency Syndrome.

Literatuur

1. Kardinal Joseph Höffner: AIDS, Zeitfragen, Heft 41, p. 3-13, 1987
2. Rev. Bernard Brown: Creative acceptance: an ethics for AIDS, in: AIDS, principles, practices & politics, pp. 221-235, 1988
3. Mgr. Drs. R.Ph. Bär: AIDS en moraal, in: AIDS, moraal en maatschappij, pp. 83-88, 1988
4. Grant R. Gillet, MD, PhD: Medical ethics and AIDS, Hospimedica, aug./sept., p. 20, 1991
5. Claude Bruaire: Dem Kranken die Wahrheit sagen? Medizin und Ethik, pp. 41-45, 1982
6. Prof.Mr. H.D.C. Roscam Abbing: AIDS, testen en privacy, In: AIDS, moraal en maatschappij, pp. 41-62, 1988
7. Mgr. Carlo Caffara: AIDS: allgemeine ethische Aspecten, Dolentium Hominum, pp. 70-74, 1992
8. Gene Antonio: AIDS: rage and reality. Why silence is deadly, Anchor Books, Dallas (USA), 1992

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.